TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur L. LONGUET

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1901

TITRES

Admissible (ter) du Bureau central de chirurgie de Paris.

Assistant suppléant de consultation chirurgicale a Tenon.

Ancien interne des hopitaux de Paris (1892-1895).

Lauréat de la Société de chirurgie (prix Duval, 1897).

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris (médaille d'argent, thèse 1895-1896).

Membre adjoint de la Société anatomique.

Lauréat (quater) de l'École de médecine de Reims (1888 et 1889, médailles d'argent).

Ancien interne des hopitaux de Reims (1887 et 1888).

ENSEIGNEMENT

Des sacro-coxalgies partielles (Leçon recueillie de M. le Dr Pierre Delbet, et publiée dans la *Presse médicale*, 11 août 1894).

De l'étranglement dans les hernies crurales (Leçon recueillie de M. le Dr Pierre Delbet et publiée dans la *Presse médicale*, 5 mai 1894).

De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des salpingites (Leçon recueillie de M. le Dr Quénu et publiée dans la *Presse médicale*, 6 juillet 1895).

De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes utérins (Leçon recueillie de M. le Dr Quénu et publiée dans la *Semaine gynécologique*, février 1896).

Conférences cliniques libres faites à Cochin, dans le service de M. le Dr Quénu (1896-1898).

Conférences cliniques chirurgicales faites à Tenon (consultation) (1900-1901).

TRAVAUX

EXPOSÉ BIBLIOGRAPHIQUE

I. — Bactériologie chirurgicale.

1. — **De la stérilité du pus dans les abcès du foie.** — *Presse médicale*, 16 mars 1895 et thèse de H. Debray, Paris, 1895.
2. — **Angiocholécystite à bacille d'Eberth sans fièvre typhoïde. Lithiase latente.** — *Gazette des hôpitaux*, 6 décembre 1894.
3. — **Présence du staphylococcus albus dans deux cas de mammite chronique et dans un cas d'adénofibrome du sein.** — Rapportée par le Dr Pierre Delbet, in *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. I, article « Tumeur », 1894 (Adénome).
4. — **Présence de pneumocoques dans une adénie généralisée.** — Rapportée par le Dr Pierre Delbet, in *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. I, article « Tumeur », 1894 (lymphadénome).
5. — **Adénite chronique cervicale suppurée sans bacille de Koch.** — Rapportée par le Dr Ricard, in *Gazette des hôpitaux*, 1897.
6. — **Examen bactériologique de 5 cas d'abcès chroniques des os.** — *Progrès médical*, 1er septembre 1900.

II. — Anatomie et histologie pathologiques chirurgicales.

7. — **Des myélomes des gaines tendineuses** (en collaboration avec Landel). — *Archives de médecine expérimentale*, 1er décembre 1895 (figures).
8. — **Des cancers secondaires de l'ombilic** (en collaboration avec le Dr Quénu). — *Revue de chirurgie*, 1er février 1898 (1 figure).
9. — **De la synovite tubéreuse du genou** — *Presse médicale*, 25 juin 1898.
10. — **Des tumeurs conjonctives bénignes du rectum.** — *Progrès médical*, 27 août et 3 septembre 1898.
11. — **Thrombo-phlébite du sinus caverneux dans un cas de cancer du rectum** (cité par le Dr Quénu). — *Chirurgie du rectum*, t. II, p. 211.
12. — **Adénopathie inguinale à épithélioma cylindrique dans un cas de cancer du rectum** (cité par le Dr Quénu). — *Chirurgie du rectum*, t. II, p. 170.

III. — Orthopédie et malformations.

13. — **Documents pour servir à l'histoire du pied bot.** — *Revue d'orthopédie*, 1er mai 1897 (avec figures).
14. — **De la bifidité du pouce; un cas de pouce bifide.** — *Revue d'orthopédie*, 1er juillet 1892 (avec figures).
15. — **Nouveau cas de main bote congénitale** (en collaboration avec le Dr Kirmisson). — *Revue d'orthopédie*, 1er mars 1893 (avec figures).

16. — **Malformation congénitale du radius ; synostoses multiples** (en collaboration avec le Dr PÉRAIRE). — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1901.
17. — **Main bote congénitale. Absence totale du pouce et du radius** (en collaboration avec le Dr PÉRAIRE). — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1901.

IV. — Chirurgie abdominale

18. — **Traitement chirurgical de l'angiocholécystite non calculeuse.** — Thèse de Paris. *Société des éditions scientifiques*, 1895 (320 pages avec figures).
19. — **Occlusion intestinale par bride congénitale. Laparotomie. Guérison.** — *Gazette des hopitaux*, 12 septembre 1895.
20. — **Énucléation opératoire totale d'un kyste hydatique du foie** — VIGNERON, Thèse de Paris, 1895.

V. — Chirurgie thoracique.

21. — **De la chirurgie du sternum et du médiastin antérieur.** — *Progrès médical*, 23 juillet 1898.
22. — **Des tumeurs du squelette thoracique** (en collaboration avec le Dr QUÉNU). — *Revue de chirurgie*, 10 mai 1898.
23. — **Recherches expérimentales et étude critique sur la chirurgie pulmonaire** (en collaboration avec le Dr QUÉNU). — *Bulletins de la Société de chirurgie*, décembre 1896.
24. — **De l'impossibilité de créer des adhérences avec l'asepsie pure** (en collaboration avec le Dr QUÉNU). — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.
25. — **De l'emploi de l'air comprimé en chirurgie thoraco-pulmonaire** (en collaboration avec le Dr QUÉNU). — Communication à la *Société de biologie*, 1897-98.

VI. — Chirurgie générale et médecine opératoire.

26. — **De la phlébite variqueuse et de la phlébectomie** (en collaboration avec BALTHAZARD). — *Presse médicale*, 1898.
27. — **De la phlébite du cordon. Son traitement par la phlébectomie.** — *Presse médicale*, 2 septembre 1899.
28. — **Des abcès des os et de leur traitement par la tunnellisation substituée à la trépanation par évidement.** — *Progrès médical*, 1er et 8 septembre 1900.
29. — **Cure radicale de l'hydrocèle par un nouveau procédé d'éversion.** — *Presse médicale*, octobre 1900 et thèse de GAMBIER, Paris, 1901.
30. — **Traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez l'homme.** — *Revue de chirurgie*, 10 janvier 1900.
31. — **Pince à griffes d'un nouveau modèle.** — *Progrès médical*, 23 septembre 1899.
32. — **Ostéomyélite du 1er métacarpien** (en collaboration avec le Dr PÉRAIRE) — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1901.

VII. — Gynécologie opératoire.

33. — **Technique générale de l'hystérectomie vaginale.** — *Progrès médical*, 1898.

34. — **De l'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus.** — *Progrès médical*, 1899 (un volume, 117 pages).

35. — **De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine.** — *Gazette des hôpitaux*, 5 juillet 1898.

36. — **De l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin.** — *Gazette des hôpitaux*, 22 et 27 septembre 1898.

37. — **De l'hystérectomie vaginale dans ses applications exceptionnelles à la pathologie pelvienne.** — *Bulletin général de thérapeutique*, 15 et 30 octobre 1898.

38. — **De l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins.** — *Semaine gynécologique*, 11, 18, 25 juillet et 1er août 1899.

39. — **De la suppression radicale du morcellement dans l'hystérectomie vaginale pour fibrome.** — *Progrès médical*, 9 décembre 1899.

40. — **De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins, myomectomie et polypectomie.** — *Progrès médical*, 7 juillet 1899 et *Semaine gynécologique*, 10 et 17 octobre 1899.

41. — **De l'électrocontracture hémostatique appliquée à la chirurgie conservatrice des fibromes utérins. Myomoénucléation.** — *Semaine gynécologique*, 19 décembre 1899.

42. — **De l'hystérectomie abdominale totale appliquée aux fibromes utérins.** — *Semaine gynécologique*, 1899.

43. — **De l'hystérectomie abdominale subtotale dans le traitement des fibromes utérins.** — *Semaine gynécologique*, 30 mai et 6 juin 1899.

44. — **De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire** (en collaboration avec le Dr Quénu). — *Revue de chirurgie*, 10 juillet 1900 et thèse de Ranson, Paris, février 1901.

45. — **De l'hystérectomie abdominale ou vaginale appliquée au traitement des septicémies et suppurations post-puerpérales précoces** — *Semaine gynécologique*, 8 août 1899.

I. — BACTÉRIOLOGIE CHIRURGICALE

1. — De la stérilité du pus dans les abcès du foie.

Cette étude est basée sur la connaissance de 37 cas empruntés à la littérature et sur 1 cas personnel vérifié par l'examen direct, l'inoculation, et les cultures. Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer l'absence de microbes dans tous ces faits : les microbes seraient tués par la bile antiseptique. Les suppurations hépatiques seraient dues à des germes qui ne sont ni colorables, ni cultivables par nos techniques ordinaires. Elles seraient produites par des amibes. La cellule hépatique aurait une action chimique encore inconnue, qui fait disparaître les bactéries. Après avoir revisé et discuté la valeur de toutes ces conceptions assez vagues, je les rejette toutes pour leur substituer celle de la *stérilité tardive secondaire*. Cette interprétation est de portée générale ; elle paraît prouvée par certaines observations intermédiaires où les microbes cadavérisés existaient encore, dans les coupes, mais cultivaient péniblement ou ne cultivaient plus. D'autre part, l'étude individuelle des faits publiés démontre qu'il s'agit de suppurations très anciennes. Enfin d'autres recherches que nous poursuivions alors sur les anciennes suppurations viscérales, tubaires, abcès chronique des os, toutes tardivement stériles, viennent à l'appui de notre manière de voir au sujet de l'origine primitivement microbienne, mais de nature secondairement stérile des abcès du foie.

2. — Angiocholécystite à bacille d'Eberth sans fièvre typhoïde. Lithiase latente.

Cette observation personnelle constitue un document d'un double intérêt scientifique. D'après nos recherches, l'angiocholécystite à bacille d'Eberth n'était, à cette époque, démontrée que par 5 observations bactériologiques. Or, toutes concernaient des malades ayant eu la fièvre typhoïde. Ce qui fait la principale particularité de notre cas, c'est que le malade n'avait eu aucune manifestation clinique appréciable de dothiénentérie. Voici donc un premier exemple scientifiquement constaté d'angiocholécystite éberthienne sans fièvre typhoïde. Depuis cette époque, quelques autres exemples analogues ont confirmé la possibilité et l'existence de ces déterminations biliaires isolées du bacille typhique.

3. — **Présence du staphylococcus albus dans 2 cas de mammite chronique et dans 1 cas d'adénofibrome du sein.**

La présence du staphylococcus albus, de virulence minime, que nous avons constatée, par l'ensemencement de sérosité claire provenant du centre de noyaux de mammite ou d'adénome, soulève une importante question de pathogénie. Elle semble de nature à démontrer l'origine inflammatoire des adénofibromes, ainsi que l'a si brillamment soutenu notre maître Pierre Delbet. Les recherches de Gaudier, Surmont, Charrin, Quénu et Lesage à la même époque (1893-1894) ont prouvé la fréquence de ces contaminations microbiennes de la glande mammaire, presque toujours par le staphylocoque blanc. Bien que des expérimentateurs aient pu reproduire la mammite noueuse avec ces mêmes staphylocoques, il faut tenir compte de ce fait que ces microorganismes semblent exister souvent dans le lait de nourrices n'ayant aucune manifestation pathologique du côté de la glande mammaire.

4. — **Présence du pneumocoque dans une adénie généralisée.**

Ce pneumocoque fut trouvé par l'ensemencement des parties centrales d'un ganglion axillaire hypertrophié au cours d'une lymphadénie généralisée.

La malade ayant succombé brusquement à des accidents asphyxiques d'ordre mécanique sans pneumonie, l'ensemencement fut fait immédiatement après la mort : M. le Dr Pierre Delbet a tiré parti de cette observation prise par nous dans son service et sous sa direction, pour sa conception de la nature infectieuse du lympbadénome.

5. — **Adénite chronique cervicale suppurée sans bacille de Koch.**

Ce cas, vérifié par l'examen lamellaire réitéré et par les inoculations, semble démontrer que toutes les adénites chroniques suppurées ne sont pas nécessairement de nature tuberculeuse, et qu'il convient de laisser une petite place aux adénites chroniques suppurées simples, comme l'ont soutenu Verneuil, Ricard et Clado. Dans le présent cas, la suppuration était en outre privée de tout microbe et paraissait stérile secondairement.

6. — **Examen bactériologique de 5 cas d'abcès chroniques des os.**

Les examens lamellaires, les cultures et inoculations de ces 5 cas nous ont donné : staphylococcus aureus, 3 cas ; staphylococcus citreus, 1 cas, dans lequel il s'agissait d'une collection séreuse trouvée dans l'intérieur du bulbe tibial ; pus stérile, 1 cas.

II. — ANATOMIE ET HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE CHIRURGICALES

7. — Des myélomes des gaines tendineuses.

Ce travail, basé sur 5 observations empruntées à la littérature, et sur un fait personnel étudié longuement au point de vue histologique, confirme l'autonomie parmi les sarcomes d'une espéce spéciale que Heurtaux et Malherbe ont désignée sous le nom de *myélome*. Ce néoplasme est caractérisé par l'association histologique de cellules à *myéloplaxes* en grand nombre réparties dans un tissu conjonctif alvéolaire *adulte*, avec vaisseaux *sclérosés* à parois nettement différenciées. Le pronostic clinique est bénin et tout à fait différent de celui des sarcomes en général et même d'autres sarcomes à myéloplaxes dans lesquels l'un des éléments précités manque. Les cas de Heurtaux concernent des myélomes des gaines palmaires ; le nôtre est un myélome de la gaine des péroniers latéraux.

8. — Des cancers secondaires de l'ombilic.

Cette étude repose sur 48 cas, dont un personnel, étudié histologiquement avec détail. Elle établit que contrairement aux notions établies, les cancers de l'ombilic sont presque constamment *secondaires* à un néoplasme caché intra-abdominal, le plus souvent gastro-intestinal. La néoplasie secondaire reproduit exactement la structure du néoplasme générateur (épithélioma cylindrique). Elle en reste souvent trés éloignée, mais la voie lymphatique rend compte de la localisation à l'ombilic. Cliniquement, le cancer secondaire de l'ombilic est d'une valeur séméiologique trés grave, puisqu'il reflète des lésions viscérales originelles trés avancées, quoique passant assez facilement inaperçues en clinique, ou aprés laparotomie, ou même au cours d'un examen nécropsique rapide. L'omphalectomie seule est évidemment insuffisante ; pour faire une thérapeutique rationnelle, il faut rechercher de propos délibéré le foyer principal et s'assurer s'il est extirpable. En général il n'est plus justiciable de l'exérèse : on peut alors être amené à discuter l'opportunité d'une gastro-entérostomie ou d'une entéro-anastomose palliative.

9. — De la synovite tubéreuse du genou.

Il s'agit d'une forme très particulière de tuberculose articulaire, bien décrite déjà dans quelques observations étrangères, notamment de Kœnig, mais à peu près inconnue en France, puisque avant notre cas, nous n'avions relevé, comme bien étudié et suffisamment démonstratif, que celui de Legueu, publié vers la même époque (1898). La synoviale, fibrosée à sa périphérie, est tapissée à sa face interne tantôt par des plaques tuberculeuses séparées, tantôt et le plus souvent par des tumeurs sessiles, pédiculisées ou libres, formant comme des grappes de corps étrangers articulaires bien arrondis et nettement circonscrits (synovite tubéreuse). Les lésions osseuses sont peu marquées en comparaison de celles de la synoviale. Ce qui constitue l'intérêt documentaire de notre observation étudiée avec le Dr Quénu, c'est que la nature tuberculeuse de ces singulières productions est indiscutable, d'après l'examen histologique que nous en avons fait. Il y a des cellules géantes en nombre variable mais endiguées et étouffées par un tissu fortement scléreux. Tenant compte de l'évolution lente et bénigne de la maladie, j ai émis l'opinion qu'il s'agit d'un processus analogue à celui des *tubercules fibreux de guérison*, tel qu'on l'observe ailleurs, par exemple dans la plèvre et le poumon.

10. — Des tumeurs conjonctives bénignes du rectum.

L'étude d'ensemble et de revision de tous les cas publiés de ces tumeurs bénignes nous amène aux conclusions suivantes :

I. — L'existence de myxome, d'enchondrome, de fibrome purs du rectum ne repose encore sur aucun fait probant. Au contraire, les lipomes et les fibro-myômes sont indiscutables et ne paraissent pas rares. Selon toute vraisemblance, bon nombre de polypes dits fibreux du rectum ne sont que des myômes quand ils ne sont pas des produits inflammatoires.

II. — Les *lipomes*, lorsqu'ils sont pédiculisés dans la cavité rectale, peuvent se reconnaître à leur consistance mollasse et à leur fine lobulation.

III. — Les *myômes* sont, au contraire, de consistance ferme, d'un contour bosselé et peuvent atteindre un volume considérable (12 livres). Tantôt ils se développent vers la lumière du rectum et dans cette évolution cavitaire ne tardent pas à se pédiculiser ; tantôt ils subissent l'évolution excentrique et se logent dans l'excavation sacrée ou remontent dans la cavité péritonéale. Histologiquement, comme à l'œil nu, ils sont en tout semblables aux myômes utérins.

IV. — Si, d'une part, le diagnostic de tumeur maligne et celui d'adénome ont pu être écartés ; si, d'autre part, on est en droit d'éliminer les pseudo-tumeurs : papillomes, condylomes, hémorrhoïdes fibreuses, il faut penser à un lipome lorsque la tumeur est molle et lobulée, à un myôme si elle est dure et bosselée, volumineuse.

V. — La constance des troubles rectaux, épreintes, ténesme, rectorrhagies répétées, obstruction incomplète qu'on relève dans toutes les observations, assombrit le pronostic de ces néoplasmes, malgré leur nature bénigne. Ce pronostic est particulièrement mauvais pour les myômes à évolution excentrique dont la cure chirurgicale est complexe.

VI. — L'extirpation et l'énucléation sont faciles pour les tumeurs à évolution cavitaire ; au contraire, les myômes extra-cavitaires réclament l'incision parasacrée avec ou sans résection du coccyx, et s'ils sont de siège très élevé, la laparotomie, peut-être la voie mixte, abdominale et périnéale combinées dans certains cas. L'ouverture du rectum au cours de l'ablation est à prévoir et la thérapeutique doit être menée en conséquence.

VII. — L'existence de néoplasmes complexes (angiomes, tératomes et kystes dermoïdes) semble prouvée au niveau du rectum ; mais le trop petit nombre de faits ne permet pas encore de tracer une étude d'ensemble de ces tumeurs.

11. — Thrombo-phlébite du sinus caverneux.

Cette complication fut l'issue terminale d'un cancer rectal chez un jeune homme de 21 ans, dont l'épithélium rectal avait été autrefois touché par une dysenterie grave.

12. — Adénopathie inguinale à épithélioma cylindrique dans un cas de cancer du rectum.

Le cancer de l'anus donne lieu habituellement à une adénopathie inguinale de même nature, c'est-à-dire à épithéliome pavimenteux. Le cancer du rectum, au contraire, se complique d'adénopathie de même nature, c'est-à-dire cylindrique, de siège pelvien, présacré ou lombaire.

Voici un cas personnel en double désaccord avec cette loi générale. D'abord, par ce fait que l'adénopathie inguinale, au lieu d'être d'origine anale, était *d'origine rectale ;* ensuite, parce qu'au lieu d'être constituée par de l'épithéliome pavimenteux, elle était uniquement du type *cylindrique*. Ce fait, qui démontre pour la première fois la possibilité de cette anomalie, vient d'être confirmé tout

récemment par deux autres de Ch. Viannay (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 24 février 1901). Des conséquences pratiques découlent de cette nouvelle donnée. C'est ainsi que l'anus iliaque palliatif pourrait être complété par l'exérèse de ces ganglions considérés jusqu'ici comme inflammatoires. S'ils sont prédominants à gauche, la cæcostomie remplacera la colostomie classique iliaque (Viannay).

III. — ORTHOPÉDIE ET MALFORMATIONS

13. — Documents pour servir à l'histoire du pied bot.

La dissection de trois pieds bots de nouveau-nés m'a permis d'analyser la lésion primordiale, c'est-à-dire non modifiée par la marche ni par des tentatives de redressement. Or, *dès la naissance*, il y a déjà une atrophie généralisée de tous les tissus du pied et de la jambe, atrophie évidente si on prend le membre sain comme terme de comparaison (raccourcissement et atrophie des muscles antéro-externes; atrophie généralisée et retard d'ossification des os du médiotarse et du tarse postérieur; lésions prédominantes de l'astragale [torsion du col] et du calcanéum). Dès les premiers jours, on peut constater que l'obstacle à la réduction n'est qu'accessoirement musculaire, et qu'il tient presque exclusivement au squelette, car la difformité reste encore irréductible lorsque tout l'appareil musculo-tendineux est supprimé.

14. — Un cas de pouce bifide; de la bifidité du pouce.

D'après l'analyse des 16 cas indiscutables qui avaient été publiés jusqu'à cette époque — 1892 — et d'après mon cas personnel, je soutiens que la bifidité du pouce constitue, dans le groupe des polydactylies, une espèce très nettement différenciée. Elle doit être séparée à tous les points de vue de la malformation dite « pouce supplémentaire ». Lorsque les conditions le permettent, la *syndactylie artificielle sanglante* constitue la thérapeutique idéale la plus satisfaisante du pouce bifide.

15. — Nouveau cas de main bote congénitale.

Après une dissection, nous avons pu faire une étude détaillée et minutieuse de cette malformation, dont les observations complètes étaient encore peu nombreuses en 1893.

16. — Malformation congénitale du radius.

Cette malformation singulière, constatée radiographiquement, consistait en une absence totale de la tête du radius. A quelques

centimètres au-dessous de l'articulation du coude privée de radius, le radius venait, en s'effilant, s'implanter dans le cubitus. Il y avait là une *synostose congénitale* compliquée d'ossification arciforme de la partie la plus élevée du ligament interosseux. A l'extrémité inférieure de ce radius, l'apophyse styloïde affectait une disposition lancéolée anormale. Cliniquement il y avait une absence totale des mouvements de pronation, partiellement compensée par une mobilité et un chevauchement excessif des petits os du carpe.

17. — **Main bote congénitale. Absence totale du pouce et du radius, cubitus valgus curvus.**

L'examen radiographique et clinique de ce cas fort curieux, démontre une ectrodactylie totale du pouce et de son métacarpien, remplacé extérieurement par un petit bourgeon minuscule (1 millim.). Absence totale du radius et déviation du cubitus en forme d'arc à concavité antéro-interne. C'est un exemple de *cubitus valgus curvus*. Le cubitus est incliné dans toute la longueur de la diaphyse. Plusieurs malformations concomitantes des petits os du carpe.

IV. — CHIRURGIE ABDOMINALE

18. — Traitement chirurgical de l'angiocholécystite non calculeuse.

Ce travail, inspiré par nos maîtres Quénu et Terrier, est basé sur 70 observations, dont 3 personnelles. Voici les conclusions :

I. — Préliminaires. Toutes les angiocholécystites, quel qu'en soit le contenu, séreux, hématique, muco-purulent ou purulent, *sont dans leur nature et par définition des lésions essentiellement infectieuses*. Contre cet énoncé, ne sauraient prévaloir quelques exceptions : Dans deux cas d'empyème de la vésicule (Girode, fait personnel, décembre 1894); dans un cas d'hémato-cholécystite (3e obs. personnelle), le contenu était *bactériologiquement aseptique*. Ceci prouve seulement que l'exsudat était dépourvu de micro-organismes au moment de l'opération, mais ne démontre nullement qu'il n'y ait pas eu de bactérie antérieurement ni qu'il ne dût plus y en avoir par la suite.

II. — Classification. Dans cette étude, consacrée aux angiocholécystites non calculeuses, c'est à la *pathogénie* ou, à son défaut, à l'*anatomie pathologique* que je me suis efforcé de demander les bases d'une classification dont s'accordent la clinique et le traitement médical ou chirurgical. Ainsi ce travail comprend deux parties bien distinctes :

I° *Les infections de l'arbre biliaire principal.*
II° *Les infections de l'arbre biliaire accessoire.*

Les premières se divisent en :

A. *Infections radiculaires.* { Cirrhoses hypertrophiques. Congestions et hypertrophies du foie (foie infectieux).
B. *Infections ramusculaires.* — Angiocholite.
C. *Infections tronculaires.* — Cholédocite.

Les secondes se subdivisent par ordre de virulence décroissante en :

A. *Septicémies biliaires*.. (Cholécystite typhique, cholérique).

B. *Pyémies biliaires*.....
- 1. *Paracholécystites* { suppurées. / fibreuses.
- 2. *Péricholécystites*. { suppurées. / fibreuses.
- 3. *Cholécystites*... { suppurées (avec épanchement).
- 4. *Cholécystites*.... { fibreuses (sans épanchement) ou pachycholécystite interstitielle.

C. *Abcès froids biliaires*.

III. — Cliniquement la maladie non calculeuse revêt souvent le *masque de la colique hépatique* avec ou sans ictère. L'observateur conclut de ce chef à l'existence d'une affection calculeuse; mais l'opérateur, parfois aussi l'anatomo-pathologiste, constatent l'absence de tout gravier; ils ne découvrent que de la *péritonite plastique péricholécystique*. Cette dernière à elle seule explique parfaitement tous les caractères du syndrome (intensité des douleurs, intermittence, point cystique, etc.). La seule destruction des adhérences douloureuses péricystiques, sans ouverture des voies biliaires, a suffi dans un certain nombre de ces infections non calculeuses pour amener une guérison radicale, et le chirurgien reconnaît alors qu'il a eu affaire à des *pseudo-coliques hépatiques*, et que son malade est un *faux calculeux*. Donc, « la colique hépatique est un mode général de souffrance du foie » (Terrier).

Première Partie

INFECTIONS DE L'ARBRE BILIAIRE PRINCIPAL

A. — Infections radiculaires. — Cirrhoses hypertrophiques. Hépatites infectieuses.

Indications. — Les hépatomégalies qui, jusqu'ici, ont été traitées chirurgicalement, sont d'ordre différent. C'est pourquoi il convient dès maintenant d'envisager successivement trois ordres de faits :

a) Cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. — Dans cette maladie, le pronostic étant fatal, les médications internes se montrant presque toujours inefficaces, on peut être autorisé, lorsque la médecine se déclare impuissante, à chercher, à l'exemple de MM. Terrier, Quénu, quelque chance de salut dans un acte opératoire d'une parfaite innocuité. Il est un cas où le traitement sanglant trou-

verait aussi son indication : c'est dans celui d'*abcès biliaire* signalé par Sahourin dans la cirrhose hypertrophique avec ictère.

b) Cirrhoses hypertrophiques sans ictère. — Une guérison radicale à la suite d'une laparotomie suivie de destructions d'adhérences périhépatiques (cas de Quénu, n° 1) tendrait à prouver qu'ici aussi on peut espérer d'un traitement chirurgical un succès inattendu dans certains cas où le traitement médical reste sans effet.

c) Congestions et hypertrophies du foie avec ou sans ictère. — Ces cas paraissent tout particulièrement favorables au point de vue des guérisons post-opératoires. Dans quatre cas de ce genre, après l'échec bien constaté de la médication interne, et chez des malades dont l'existence était gravement compromise, on n'a pas craint de s'adresser à une thérapeutique chirurgicale. L'innocuité de ce traitement d'une part, la connaissance de trois guérisons radicales obtenues par cette méthode (Segond, Terrier, cas n° 1, Routier), non seulement *autorisent*, mais semblent *inviter*, pour l'instant, à multiplier les cures sanglantea.

Technique. — L'intervention consiste : *a)* soit en une laparotomie exploratrice, avec examen et massage des voiea biliaires (Segond, Routier, Quénu) ou destruction d'adhérences de périhépatite (Quénu, cas n° I); *b)* soit en une *création d'une fistule cysto-cutanée* (Terrier).

Dans cette dernière, la bouche vésiculaire doit être faite *aussi minime que possible* (Terrier). Le mécanisme de la guérison est encore obscur dans l'opération purement exploratrice. Dans la fistulisation externe, plusieurs hypothèses peuvent rendre compte des guérisons : cessation d'un état spasmodique, élimination de substances toxiques pour l'économie, sédation de la muqueuse biliaire turgescente et enflammée, etc.

Résultats. — Toutes les interventions faites dans ces condition ont été dans leurs suites *immédiates* marquées par une parfaite innocuité. Un seul insuccès peut être attribuable à une faute de technique, c'est-à-dire qu'on ne peut arguer de ce fait contre l'acte opératoire.

Lea résultats *éloignés* se répartissent ainsi : *a)* cirrhoses hypertrophiques avec ictère : 2 opérations sans résultat (Terrier, cas n° II, Quénu, cas n° III) ; *b)* cirrhoses hypertrophiques sans ictère : 1 opération avec guérison complète (Quénu, cas n° I), suppression des douleurs, de l'ascite, etc. ; *c)* congestions et hypertrophies du foie : 4 opérations avec 3 guérisons radicales (Segond, Terrier, cas n° I, Routier).

B. — **Infections ramusculaires** (Angiocholites).

Déjà décrites sous le nom d'abcès aréolaires (Chauffard), les infections ramusculaires non calculeuses n'ont donné lieu qu'à deux interventions chirurgicales, toutes deux pratiquées sur le même malade.

Indications. — Il faut considérer les angiocholécystites suppurées, et les non suppurées.

Suppurées. — Ces angiocholites, qui s'accompagnent généralement d'ectasie, n'échappent pas aux lois générales de la chirurgie et réclament une large ouverture. Pour celles-là en effet les médications internes, préparations salicylées, régime lacté, etc., sont *inefficaces* et ne peuvent manifestement rien contre le kysto biliaire collecté.

En présence d'accidents d'angiocholite ou do cholécystite même *non suppurée*, la laparotomie est absolument indiquée (Terrier). D'où il suit que les angiocholites *séreuses*, tout comme les suppurées, sont passibles d'un traitement sanglant. Mais ce n'est pas à dire que *toutes* ces affections indistinctement doivent être traitées chirurgicalement. Deux malades de ce genre, adressées pour subir une opération, et suivies par nous, ont guéri spontanément sans intervention. C'est au clinicien qu'appartient le soin de discerner dans cette maladie telle ou telle *forme* et de *proportionner* la thérapeutique à l'intensité et à l'évolution de l'affection, thérapeutique *graduée*, qui varie depuis le repos simple jusqu'à la cholécystostomie, ultime ressource qui ne doit venir qu'à la limite du traitement médical.

Technique. — L'ectasie énorme des angiocholites suppurées rend *réalisables* les opérations sur les fins rameaux biliaires.

A la phase d'*abcès confirmé*, l'opération qui convient est la *Cholangiostomie*, avec incision *transhépatique;* mais elle n'est qu'incomplète et palliative lorsqu'il existe concomitamment un certain nombre de kystes pyo-biliaires qu'on ne peut tous découvrir ou marsupialiser en même temps à la paroi.

A la phase *présuppurative*, l'opération de choix est la *cholécystostomie précoce;* elle seule est capable de mettre fin au processus infectieux et de prévenir les formations pyo-biliaires.

Résultats. — L'insuccès obtenu chez le seul malade opéré d'une double *angiostomie*, prouve seulement qu'il y a intérêt à faire une cholécystostomie précoce.

C. — **Infections tronculaires** (Cholédocite).

La cholédocite non calculeuse avec distension a été traitée deux fois par *cholédocostomie* à l'insu des opérateurs eux-mêmes. Seule

la nécropsie permit de reconnaître que la fistulisation avait été établie sur le cholédoque extraordinairement dilaté.

Technique. — La laparotomie *médiane* semble préférable pour aborder ces ectasies du conduit commun. Une *cholécystostomie précoce* pourrait mettre court à ces infections et préviendrait les dilatations.

Résultats. — Trois opérations tardives pratiquées jusqu'ici pour cette affection n'ont été couronnées d'aucun succès.

Deuxième Partie

INFECTIONS DE L'ARBRE BILIAIRE ACCESSOIRE

A. — Septicémies biliaires.

Les infections biliaires qui compliquent les grands états infectieux du tube intestinal (cholécystites des typhiques, cholécystites des cholériques) sont le plus souvent d'une extrême gravité, au moins lorsqu'elles surviennent au cours ou au déclin de la maladie causale. Elles aboutissent souvent à la *perforation ulcéreuse* de la vésicule et à la péritonite consécutive. A la période de convalescence, il n'en est plus ainsi ; alors ce n'est plus d'une septicémie, mais d'une pyémie biliaire qu'il s'agit.

Indications. — Au stade de *péritonite confirmée*, l'acte opératoire est indiqué au même titre que dans toute péritonite par perforation ; c'est la seule et minime chance de salut.

L'acte opératoire est encore indiqué dès les premières heures de la perforation, lorsque le péritoine n'est encore ensemencé que *partiellement* ; on peut encore espérer la guérison dans ces conditions (cas de Scheild).

Faut-il aller plus loin et proposer l'intervention à la *phase préulcéreuse?* L'avantage qu'il y aurait à prévenir la perforation permet de poser cette question. C'est au médecin qu'il appartient de déceler, au milieu du tableau tumultueux de la maladie causale, les déterminations cholécystiques souvent insidieuses (douleur locale, tuméfaction); il s'efforcera de distinguer parmi ces déterminations biliaires celles qui s'annoncent comme particulièrement graves. Pour celles-là, une *cholécystostomie précoce*, établie à la phase préulcéreuse, non seulement pourrait mettre un terme à l'infection, par le drainage des voies biliaires, mais elle conjurerait les perforations et leurs fatales conséquences.

Technique. — La technique varie essentiellement suivant l'heure où l'on intervient. Au *stade préulcéreux*, alors que l'infection est encore *localisée* dans l'arbre biliaire, la thérapeutique qui conviendrait devrait être *locale*. Elle consisterait en une cholécystostomie.

Au *stade intermédiaire*, c'est-à-dire aux premiers moments de la perforation, lorsque le péritoine n'est encore que *partiellement* infecté, on optera, le ventre ouvert, et après s'être rendu un compte exact de l'état des lésions, soit pour une cholécystostomie, soit pour une cholécystorrhaphie (réparation de la perforation), soit pour une cholécystectomie (suppression du kyste vésiculaire septique), selon l'état local et la résistance du malade. Un *drainage* soigné est nécessaire à la suite de toutes ces opérations.

Résultats. — Une intervention pratiquée à la période intermédiaire a donné une guérison (Scheild, cholécystite typhique); une autre à la période de péritonite confirmée (Lévine, cholécystite cholérique) s'est terminée par un insuccès. Dans ces septicémies ulcéreuses, toutes les abstentions ont abouti à la mort.

B. — Pyémies biliaires.

I. — Paracholécystites (suppurées ou fibreuses, non calculeuses).

Les paracholécystites *suppurées* dont le foyer principal est éloigné de la vésicule évoluent vers quatre directions qui forment *quatre types* anatomiques distincts, l'antéro-inférieur, l'antéro-supérieur, le postéro-supérieur, le postéro-inférieur. On les confond généralement dans le groupe des abcès du plafond de l'abdomen.

Indications. — Toutes ces suppurations, malgré quelques succès obtenus par ponction aspiratrice, sont manifestement justiciables du seul *traitement chirurgical*. La disposition essentiellement anfractueuse et diverticulaire de leurs parois est une indication suffisante pour la large évacuation sanglante.

Technique. — La technique varie selon le type anatomique: l'*incision* du flanc droit convient pour les abcès du type antéro-inférieur; la *résection thoracique*, pour ceux du type antéro-supérieur. L'ouverture *transpleuro-péritonéale*, pour ceux du type postéro-supérieur; l'*incision lombaire*, pour ceux du type postéro-inférieur. Quant au cholécysto, source première de l'infection, il sera laissé en place au moment de cette première intervention, sauf dans le cas où il serait prêt à cueillir; sinon, il fera l'objet d'une *cholécystectomie à froid*, s'il persiste de l'induration locale ou des récidives multiples.

Résultat. — Un exemple suffit pour se rendre compte de la nécessité du traitement chirurgical et de l'importance d'une large brèche opératoire. Dans une paracholécystite non calculeuse du type antéro-supérieur (cas de Rose), on vit, faute d'une résection costale suffisante, le pus fuser à gauche et déterminer de ce côté une série d'accidents pour lesquels on dut sacrifier ultérieurement une grande partie du rebord thoracique du côté gauche.

II. — **Péricholécystites** (suppurées ou fibreuses non calculeuses).

Indications. — *Suppurées*, les péricholécystites doivent être traitées comme toute collection enkystée du péritoine et voisines de la paroi, c'est-à-dire par l'incision de la paroi abdominale avec évacuation du pus et drainage. On évitera toute manœuvre capable d'inoculer la séreuse.

Fibreuses. Les péricholécystites sont, à la limite du traitement médical, absolument justiciables d'une *intervention chirurgicale*. L'opération qui peut suffire est celle de Fraenkel-Sendler (destruction des adhérences); elle seule a guéri de leurs «*pseudo-coliques hépatiques* » tous ces malades qui rentrent dans le groupe des « *faux calculeux* ».

Technique. — Cette opération consiste en une *laparotomie* suivie de la simple *destruction* et dissection des adhérences périvésiculaires, *sans ouvrir les voies biliaires*. Je pense aujourd'hui que si les conditions locales le permettent, il serait préférable de faire en outre une cholécystectomie combinée, afin de supprimer du même coup le foyer originel.

Résultats. — Cette intervention, de gravité nulle, a donné d'excellents résultats (7 guérisons radicales, dans 7 cas) chez des malades qui avaient épuisé toutes les ressources médicales. Il est vraisemblable qu'actuellement la cholécystectomie combinée serait plus rationnelle, plus radicale et n'augmenterait pas la léthalité.

III. — **Cholécystites suppurées** (avec épanchement, non calculeuses).

Ces cholécystites diffèrent par quelques points des cholécystites calculeuses.

Dans la calculeuse, l'infection est *secondaire* et *accessoire*; l'infection est, au contraire, *primitive* et *obligée* dans la cholécystite non calculeuse.

Dans la calculose cholécystique, la vésicule est généralement petite et rétractée. Dans l'infection non calculeuse, la vésicule acquiert le

plus souvent un volume considérable (variant de 1 litre à 10 litres), ce sont de gros kystes biliaires.

Indications. — Ces cholécystites avec épanchement ne sont justiciables que d'un *traitement chirurgical*. Aucune médication interne ne peut prétendre à la guérison de ces énormes tumeurs, qui ont perdu toute voie de dégagement et toute communication avec le reste des voies biliaires. L'indication opératoire se pose dès que le kyste est définitivement constitué et qu'on ne peut plus espérer sa régression.

Technique. — La *ponction* seule avec aspiration n'a donné que des insuccès ou des récidives, ou des menaces de péritonite. Elle est à *proscrire* absolument et sous toutes ses formes, même lorsqu'elle n'a qu'un but purement diagnostique (fait de Sendler).

En principe, la *cholécystectomie* serait l'opération de choix pour ces gros kystes vésiculaires ; elle est conseillée par tous les chirurgiens. *En fait*, elle ne paraît pas jusqu'ici avoir été pratiquée, et tous ceux qui tentèrent de la réaliser nous avouent qu'il fallut rapidement y renoncer, étant données les adhérences qui reliaient partout la face externe de la poche aux viscères voisins.

La *cholécystostomie* reste donc la méthode de nécessité. Lorsque le cholédoque est en même temps oblitéré définitivement par un magma inflammatoire impossible à détruire on peut être autorisé, à l'exemple de Willet, à préférer à une fistulisation externe qui est destinée à subsister toute la vie, une fistulisation cysto-intestinale.

Résultats. — La cholécystostomie, dans ces cas de gros kystes biliaires, a donné lieu à un très grand nombre de *fistules persistantes*, même quand le cholédoque était encore perméable ; et la cure de ces fistules fut des plus laborieuses, souvent même absolument impossible, même au prix d'interventions ultérieures réitérées (cholécystenterostomies). Au point de vue de l'affection vésiculaire elle-même, la *cholécystostomie* a donné de très bons résultats ; mais en majeure partie les malades n'ont guère bénéficié que d'une guérison relative, puisqu'ils ont conservé une *fistule persistante*.

IV. — **Cholécystite fibreuse** (ou sans épanchement interstitiel, ou parenchymateuse. Pachycholécystite non calculeuse).

Ces cholécystites à petits kystes offrent un contenu qui peut être *stérile* (obs. personnelle), au moins dans l'intervalle des poussées ; leurs parois sont extrêmement épaissies ; cliniquement elles donnent lieu à deux formes : l'une *douloureuse*, l'autre *dyspeptique* ou digestive.

Indications. — A la limite du traitement chirurgical, on a admis pour les douloureuses le traitement chirurgical La 3e observation inédite de ce travail tendrait à prouver que ce même traitement chirurgieal peut s'appliquer dans certains cas aux formes digestives (vomissements incoercibles).

Pour l'une comme pour l'autre forme l'intervention no doit être ni *précoce*, car elle ne peut être proposée que comme ressource ultime après l'inefficacité bien reconnue du traitement médical; ni trop *tardive*, car l'opération, de ce seul fait, devient beaucoup plus laborieuse ou même impossible.

Technique. — En principe et en fait, l'opération de choix est la *cholécystectomie*, qui seule supprime toute la source des douleurs et troubles réflexes : la vésicule malade.

Résultats. — La cholécystectomie a donné des résultats extrêmement brillants. Sur sept cas, elle a guéri radicalement sept malades.

C. — **Abcès froid biliaire.**

Les tuberculoses et pseudo-tuberculoses biliaires se caractérisent par la présence du bacille de Koch, d'actynomycètes, d'aspergillus, etc. — Anatomiquement, le contenu est *caséeux*, l'induration de la paroi vésiculaire est extrêmement marquée. Souvent il y a transformation *calcaire* de ees parois; on observe parfois des *cavernes* isolées. — Cliniquement, l'évolution est lente et froide. — La réaction est faible (sensibilité de la vésicule, fièvre vespérale peu élevée, etc.). Enfin la terminaison est la formation de fistules intarissables.

Indications. — La *cholécystectomie* conviendrait aux tuberculoses cholécystiques *locales*. Les opérations palliatives, curettage, cautérisation, s'appliqueront aux formes diffuses ou diffusées. — Toute opération sera contre-indiquée dans les cas de tuberculose généralisée.

Résultats. — On ne connaît pas les résultats des deux opérations pratiquées (Riedel, Czerny) pour ces affections.

19. — **Occlusion intestinale par bride congénitale. Laparotomie. Guérison.**

Cette observation de M. le Dr Ricard a été publiée par nous, dans le but de montrer les heureux résultats qu'on est en droit d'attendre de la laparotomie curatrice pour occlusion intestinale, si l'on intervient *aussitôt que possible*. La guérison devrait être la règle.

20. — **Énucléation totale d'un kyste hydatique du foie.**

Cette observation de M. le Dr Ricard a été publiée par nous pour prouver que dans certains cas, on peut substituer à la cure lente par marsupialisation, la cure rapide et idéale par l'ablation totale du kyste, contenu et sa membrane d'enveloppe, sans fistulisation.

Les 8 autres cas que nous avions pu réunir ne nous semblaient pas suffisants cependant pour voir là une thérapeutique exclusive (1895).

V. — CHIRURGIE THORACIQUE

21. — De la chirurgie du sternum et du médiastin antérieur.

Dans une revue générale j'expose les indications que pourrait trouver la chirurgie actuelle dans certaines affections du sternum et du médiastin antérieur (anévrysmes, kystes dermoïdes ou congénitaux, goitres, fibromes, corps étrangers, etc.). La technique générale qui me paraît la plus satisfaisante serait celle des *sternectomies partielles temporaires*.

22. — Des tumeurs du squelette thoracique
(en collaboration avec le Dr Quénu).

Travail basé sur 58 observations de tumeurs opérées, dont 2 observations personnelles, recueillies dans le service du Dr Quénu.

Les tumeurs sternales ou costales sont le plus souvent des chondromes, des sarcomes ou des tumeurs à plusieurs tissus. La mortalité opératoire est encore élevée, particulièrement dans les cas qui nécessitent une *large* ouverture de la plèvre. Nos faits personnels et nos expériences, joints aux cas antérieurement publiés, concordent pour démontrer que l'ablation large de la séreuse en l'absence de tout phénomène inflammatoire antérieur, est un facteur d'une réelle gravité *chez certains sujets*. Cependant, les vastes extirpations, par les quelques guérisons éloignées qu'elles ont données, restent la thérapeutique de choix, au moins pour les sarcomes, lorsqu'il n'y a pas l'une des contre-indications que nous exposons.

23. — Recherches expérimentales et étude critique sur la chirurgie pulmonaire (en collaboration avec le Dr Quénu).

De recherches portant sur 70 interventions personnelles sur le chien, il résulte que chez cet animal, les *très larges* ouvertures de la plèvre sont le plus souvent suivies d'accidents immédiats ou consécutifs graves et souvent mortels. Ces complications paraissent d'ordre réflexe. Il faut tenir compte de ce fait que chez le chien, les deux plèvres sont souvent communicantes, ainsi que nous l'avons constaté. D'où ce fait que le pneumothorax créé par nos interventions était généralement bilatéral.

24. — De l'impossibilité de créer des adhérences avec l'asepsie pure
(en collaboration avec le Dr Quénu).

La création expérimentale d'adhérences pleurales, tentée aseptiquement par tous les procédés employés jusqu'ici, a régulièrement échoué dans nos expériences (acupuncture, ligature, électrolyse, etc.). Pour réussir à créer des adhérences, il faut un processus septique, si minime qu'il soit. Encore ces adhérences sont-elles insuffisantes pour éviter complètement le pneumothorax chirurgical.

25. — De l'emploi de l'air comprimé en chirurgie thoraco-pulmonaire
(en collaboration avec le Dr Quénu).

La création d'adhérences chirurgicalement utilisables étant aléatoire ou insuffisante pour éviter les inconvénients du pneumothorax, nous avons cherché la solution de la difficulté dans la mise en tension de l'arbre aérien par l'air comprimé. Si l'on neutralise l'effet du vide médiastinal en faisant respirer le sujet dans l'air comprimé (1 à 3 centim. de pression manométrique), le poumon reste constamment adossé à la paroi thoracique pendant toute la durée de l'intervention, et le pneumothorax ne se produit pas. En outre, la respiration, le cœur et les principales fonctions ne paraissent nullement troublés dans ces conditions nouvelles.

VI. — CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE

26. — De la phlébite variqueuse et de la phlébectomie.

A l'aide d'une observation personnelle et de 14 autres antérieures à la nôtre, nous soutenons que la phlébectomie constitue *le traitement de choix* des phlébites variqueuses. Cette intervention est *légitime* et *sans gravité;* elle est *prévoyante;* enfin elle est *curative* en un temps beaucoup moindre que tout autre traitement. Elle a la valeur d'une cure radicale.

27. — De la phlébite du cordon. Son traitement par la phlébectomie.

Étude d'ensemble de la phlébite du cordon, à l'occasion d'un cas personnel. La phlébectomie précoce est le traitement de choix de cette affection, bien que cette opération n'ait guère été pratiquée jusqu'à ce jour. Description de la technique d'après notre observation personnelle (inguinotomie temporaire, extirpation descendante après fermeture du circuit veineux).

28. — Des abcès des os et de leur trépanation par la tunnellisation substituée à la trépanation par évidement.

Étude d'ensemble des abcès chroniques des os. Remarques bactériologiques et thérapeutiques personnelles. Pour ces abcès dont le pus est peu virulent ou stérile, la trépanation large classique offre de sérieux inconvénients (fistulisations post-opératoires, genu recurvatum, accroissement considérable du foyer suppurant). Ces raisons m'ont porté à remplacer la trépanation par une *tunnellisation* à la fraise d'un diamètre donné (25 millim.). Cette tunnellisation doit figurer 2 puits communicants dont un déclive.

29. — Cure radicale de l'hydrocèle par un nouveau procédé d'éversion.

Les trois éléments originaux de notre technique consisteat : 1° dans l'absence complète de toute hémostase; 2° dans le retournement

massif de la fibro-vaginale sans la moindre décortication sous-séreuse ; 3° dans la transposition du testicule qui est replacé en légère rétroversion contre la cloison. Ainsi exécutée, l'opération est d'une simplicité extrême et d'une exécution très rapide.

30. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez l'homme.

Ce travail est destiné à défendre les opérations économiques en matière de tuberculose génitale (épididymectomies typiques et atypiques, déférentectomies, vésiculectomies). Voici les conclusions :

I. La *castration comme procédé de choix* de la tuberculose génitale, conception des chirurgiens du commencement du siècle, qu'on a tenté de réhabiliter en 1891 (Terrillon), puis en 1899 (Reynier), pour rappeler ici les principaux chefs des mouvements, est une erreur. Malgaigne l'a démontré le premier ; Verneuil, le second ; Quénu, plus récemment ; je l'établis aujourd'hui en apportant au procès la totalité des preuves accablantes qu'on peut fournir contre cette castration précoce.

II. La *conservation par abstention*, ou conception de Velpeau, est une autre opinion extrême contre laquelle Malgaigne d'abord, Quénu ensuite, nous-même aujourd'hui nous nous élevons, parce qu'elle conduit aux mêmes fins que la précédente.

III. La vérité est intermédiaire entre ces deux conceptions extrêmes. C'est la *conservation avec opération économique* précoce, à l'instrument tranchant. Il ne faut pas seulement « protéger le testicule tuberculeux contre une extirpation qui est loin d'être nécessaire ; il faut aussi le mettre en garde contre une expectation qui aboutirait au même résultat » (Malgaigne). « Il ne faut pas faire la castration, mais il faut opérer » (Quénu). Pour cela, il est à notre disposition toute une série de moyens sanglants palliatifs, consistant en résections typiques et atypiques, que j'ai étudiés et précisés dans leurs indications respectives et dans leurs techniques. Ma troisième conclusion est donc encore, comme les deux autres, la confirmation de celle de Malgaigne ; elle s'appuie sur une trentaine de cas personnels.

31. — Pince à griffes d'un nouveau modèle.

Cette pince à anneau, destinée à la chirurgie générale, évite quelques-uns des inconvénients de la pince dite de Kocher. Elle en diffère par la multiplicité de ses dents terminales, qui s'engrènent toujours, même si l'instrument chevauche ; par l'absence complète

de stries et cannelures le long de ses mors ; par la possibilité de pression terminale ou latérale douce grâce à l'élasticité des branches.

32. — **Ostéomyélite du premier métacarpien.**

La rareté relative de cette localisation isolée de la staphylococcie osseuse nous a engagé à publier le cas, avec l'examen radiographique. La déformation massive et globuleuse, énorme du premier métacarpien nous avait un instant fait croire à un ostéosarcome, d'autant que l'examen radiographique nous montrait quelques cloisons de refend, comme on en a signalé dans les ostéosarcomes myéloïdes.

---

33. — Technique générale de l'hystérectomie vaginale.

Les différents procédés d'extirpation de l'utérus *per vaginam* se réduisent à sept : l'antéflexion avec fissure médiane ; l'antéversion avec hémirésection médiane ; la rétroversion monofragmentaire ; la latéroversion ; le dégagement axial monofragmentaire ; le dégagement axial multifragmentaire ; le dégagement axial bifragmentaire. Les deux procédés de choix sont celui de l'antéversion avec hémisection médiane de Doyen et celui du dégagement axial bifragmentaire (bisection médiane de Quénu). Grâce à ces techniques, on évite presque à coup sûr les principales complications opératoires : ouverture de la vessie ; blessures de l'uretère, du rectum et de l'intestin ; l'hémorrhagie n'est pas à craindre si on laisse les pinces 3 jours, et l'occlusion peut être évitée par une disposition soignée du pansement intravaginal.

34. — De l'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus (117 pages).

Dans un long historique tracé depuis Récamier jusqu'à nos jours, j'ai cherché à rendre à chacun la part qui lui revient dans les perfectionnements successifs de la technique : première phase, Sauter, Blundell et Récamier, 1822-1875 ; deuxième phase, 1876 à 1883, la réhabilitation en Allemagne par Czerny ; troisième phase, 1883-1886, la réhabilitation en France par Demons et Péan ; quatrième phase, l'avènement des pinces à demeure par Richelot, 1886-1892 ; cinquième phase, l'attaque demi-médiane de Doyen et médiane de Quénu, 1892 à nos jours

Le deuxième chapitre est consacré aux indications et contre-indications de l'hystérectomie pour cancer, et au choix de la voie à suivre. L'hystérectomie abdominale, qui semble plus radicale à cause de l'accès qu'elle donne sur les ganglions, est probablement appelée à détrôner en partie l'hystérectomie vaginale (1898).

Dans un troisième chapitre, la technique est exposée avec détails ; je démontre la supériorité des procédés qui morcellent peu ou pas.

Les résultats immédiats de l'hystérectomie vaginale pour cancer sont tellement variables d'un opérateur à l'autre qu'il est impossible

de se faire une idée exacte de la gravité opératoire d'après les statistiques collectives. Quant aux résultats éloignés, ils ne sont pas brillants. Cependant nous relevons une quinzaine de survies prolongées, constatées après trois, six, huit, dix ans. Aussi « le mieux que nous ayons encore trouvé, c'est l'hystérectomie, et voilà pourquoi nous ne cessons de plaider sa cause, que cette hystérectomie soit vaginale ou abdominale ».

35. — **De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine.**

Historique depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. — *Indications et contre-indications.* — L'utérus ne doit être enlevé que lorsqu'on ne peut le réduire dans sa position première et le conserver. L'hystérectomie n'intervient ici que comme une opération d'exception. La *technique* comporte des procédés de morcellement et des procédés sans morcellement; ceux-ci sont les meilleurs. Les quelques *résultats* consignés jusqu'à présent sont très satisfaisants.

36. — **De l'hystérectomie vaginale pour prolapsus de l'utérus.**

Historique depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. — *Indications et contre-indications.* — Ici comme dans l'inversion, l'hystérectomie n'est que l'opération d'exception. Elle convient en cas de prolapsus compliqué de fibromes, cancer, métrite gangreneuse, salpingite; en cas de prolapsus grave, chez des femmes ayant dépassé ou avoisinant la ménopause, en cas de prolapsus irréductible ou incoercible, en cas d'atrophie généralisée des tissus pelviens.

Technique. — Les deux meilleurs procédés sont ceux de Fritsch-Pozzi et de Quénu. Ils associent à l'hystérectomie les larges colpectomies, et la réfection du plancher périnéal.

Les *résultats* immédiats, d'abord mauvais, sont actuellement très satisfaisants, et l'hystérectomie pour prolapsus n'a plus de gravité. Quant aux résultats éloignés, ils sont non moins satisfaisants, d'après ce que j'ai pu constater chez les opérées de Quénu.

37. — **De l'hystérectomie vaginale dans ses applications exceptionnelles à la pathologie pelvienne.**

En outre de ses applications habituelles, l'hystérectomie vaginale peut, à titre exceptionnel, se trouver indiquée : dans les malformations congénitales de l'utérus; dans certaines perforations de cet organe; dans les métrites rebelles incurables, en particulier la métrite

hémorrhagique incoercible; dans la métrite tuberculeuse; dans la métrite et la septicémie puerpérales; dans la métrite hypertrophique et l'utérus gigas, dans les déviations utérines, rétroflexions irréductibles, douloureuses et compliquées; dans les névralgies pelviennes, l'ovarite kystique et quelques kystes dermoïdes ou non de l'ovaire encore petits. Mais ce ne sont là que des indications exceptionnelles.

38. — **De l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins.**

Historique complet depuis 1882, date de la première hystérectomie pour fibrome, avec étapes d'après les principaux progrès.

Étude technique détaillée des différents procédés; valeur relative de chacun d'eux.

Par ce travail, je tiens à spécifier que le morcellement des fibromes et des utérus fibromateux *doit disparaître* pour faire place soit à l'hystérectomie vaginale énucléante sans morcellement, pour les très petites tumeurs, soit à l'hystérectomie abdominale.

Résultats. — Malgré toutes ses imperfections que j'étudie longuement, l'hystérectomie vaginale pour fibromes, d'après une statistique collective de 1,700 cas que j'ai réunis, est supérieure à l'hystérectomie abdominale totale.

Par contre, elle doit céder le pas à l'hystérectomie abdominale subtotale, dont la mortalité est la même, mais dont la perfection de technique est bien supérieure.

39. — **De la suppression radicale du morcellement dans l'hystérectomie vaginale pour fibrome.**

Ce travail résume toute ma manière de voir à cette époque (1899); elle est comprise dans les conclusions suivantes :

I. — La *méthode thérapeutique* de Péan, dont la frontière d'applications a été nettement précisée par nous au volume des deux poings, utérus compris, est une conception de valeur. Une statistique collective basée sur 1,700 cas, avec 4 p. 100 de mortalité, laisse pressentir ce que pourrait donner cette méthode si, d'une part, la limite du volume des deux poings; si, d'autre part, la technique perfectionnée que nous possédons maintenant étaient partout acceptées. A Péan donc revient tout entier l'honneur d'avoir eu une conception qui tient une place d'ordre primordial dans la thérapeutique des fibromes utérins.

II. — *L'opération de Péan* qui fut le premier procédé en date réalisant la méthode du même auteur, malgré les perfectionnements

de ceux qui l'adoptèrent, a subi une demi-destruction en 1891, de la part de Quénu et Doyen. L'un détruisit l'attaque périphérique, l'autre l'hémostase exclusivement préventive. En face de l'œuvre technique de Péan, à demi abattue par eux, ils ont commencé à dresser un autre édifice basé sur des matériaux diamétralement opposés par leur nature à ceux dont se servit le promoteur. Quénu a apporté l'attaque centrale et médiane de l'utérus fibromateux, Doyen l'hémostase exclusivement ou partiellement consécutive qui supprima du coup tout le régime des grandes pinces encombrantes placées préventivement.

III. — L'*opération de Péan*, à demi détronquée depuis 1891, subit aujourd'hui même un effondrement complet. L'attaquant dans sa dernière moitié encore debout jusqu'ici, 1° je *détruis totalement le morcellement de l'utérus*, corps et col (Longuet); 2° je *détruis totalement la pièce capitale de résistance qui est le morcellement des fibromes* (Longuet).

D'un autre côté, à l'œuvre qu'ont commencé à dresser en 1891 Quénu et Doyen, s'ajoute *l'énucléation* (Quénu et Longuet) comme procédé de réduction de choix prenant la place du morcellement. Malgré cela, il reste beaucoup à faire. Si la question d'exérèse en elle-même peut être considérée comme tranchée à l'heure actuelle, il n'en est pas de même de l'acte opératoire qui la suit. C'est à peine si ce travail est ébauché. Il y a, sur ce terrain peu solide, trois points faibles : 1° une hémostasie trop grossière, comparée aux pédicules fins des laparotomistes; 2° une réfection insuffisante ou nulle du plancher pelvien; 3° une absence de réunion par première intention qui répugne à la chirurgie aseptique aujourd'hui. Telle est la voie où il faudrait se diriger maintenant en matière d'hystérectomie vaginale, si celle-ci devait rester dans la pratique.

40. — De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins, myomectomies et polypectomies.

Voici mes conclusions : à côté de la chirurgie radicale des fibromes utérins, (celle des amputations de l'utérus), il y a, bien loin derrière, toute une chirurgie conservatrice qui consiste en myomectomies et en polypectomies dont la valeur a été jusqu'ici considérée comme nulle. Il faut en revenir de cette appréciatiou basée sur des documents faux et sur des hypothèses gratuites. Après revision, il résulte de ce travail que les opérations économiques sont parfaitement défendables sur tous les points de la discussion, et que si on s'applique à

bien préciser leurs indications, *d'ailleurs très restreintes*, elles sont susceptibles de donner les meilleurs résultats.

Il n'est pas question de faire de la conservation dans les grosses tumeurs, telles que celles que nous opérons actuellement; mais si l'on souscrit à cette règle que nous établirons dans un travail ultérieur : que *tout fibrome doit être opéré*, par urgence pour les gros, par prévoyance pour les petits, les opérations conservatrices nous apparaissent dès aujourd'hui, comme susceptibles d'être le traitement de la première heure. Aux utérus fibromateux, manifestement impropres à la conservation, les hystérectomies totales sans discussion. Aux petites tumeurs du début, peu nombreuses et bien localisées, la chirurgie conservatrice par la myomectomie vaginale *sans morcellement*, ou mieux, la myomectomie abdominale, plus précise dans son exploration, d'un champ d'action plus vaste que la précédente. Aux cas moyens, douteux au point de vue de la possibilité de conserver l'organe, l'*hystérotomie d'exploration* d'abord, avec faculté, en toute connaissance de cause, de bifurquer séance tenante vers les opérations conservatrices ou vers les hystérectomies. D'ailleurs l'hystérotomie médiane est implicitement contenue dans certains procédés. Si le chirurgien qui a une égale expérience de toutes ces opérations entreprend l'intervention avec le but bien arrêté de faire de la conservation chaque fois qu'il le pourra, nul doute que les myomectomies ne soient appelées à un réel avenir. Elles sont parfaitement soutenables, et il ne faudrait pas s'étonner si le prochain progrès dans la thérapeutique des fibromes consistait à accorder une juste place à la chirurgie conservatrice qui a été étouffée prématurément en son premier essor, sur des documents aujourd'hui sans valeur. Il n'est peut-être pas loin le jour où le laparotomiste, appelé à opérer les fibromes de bonne heure, comptera avec satisfaction les grossesses que lui a données la thérapeutique conservatrice, comme il le fait depuis quelque temps déjà pour les maladies annexielles : « L'avenir, dit Noble (de Philadelphie, 1897), consiste dans l'intervention précoce, avec le but bien déterminé de substituer la myomectomie à l'hystérectomie dans un grand nombre de cas. » Or, c'est précisément ce que j'exprime dans le présent travail (7 juillet 1899).

41. — **De l'électro-contracture hémostatique appliquée à la chirurgie conservatrice des fibromes utérins (myomonucléation).**

La contracture artificielle de l'utérus déterminée expérimentalement par le passage d'un courant électrique est de nature à rendre

cet organe exsangue et à supprimer l'écoulement hémorrhagique dont il est question dans certaines myomectomies abdominales ou vaginales.

42. — **De l'hystérectomie abdominale totale appliquée au traitement des fibromes utérins.**

Étude d'ensemble de cette méthode opératoire, ainsi que des différents procédés. Historique, indication, technique, résultats. Contrairement à la manière de voir générale à cette époque, j'aboutis à cette conclusion inattendue : que l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome n'est pas du tout l'opération de choix pour les fibromes opérés par l'abdomen. Une statistique collective de plus de 2,000 cas confirme ma manière de voir. L'abdominale totale ne doit plus désormais rester que comme l'opération d'exception (fibrome envahissant le col, crainte d'épithélioma concomitant, grossesse concomitante). Elle doit faire place à l'hystérectomie abdominale subtotale.

43. — **De l'hystérectomie abdominale subtotale dans le traitement des fibromes utérins.**

Étude complète avec historique, technique, résultats d'après une statistique collective de 800 cas. Cette méthode récente a été appliquée en Italie, en 1886, par Bassini ; en Allemagne, en 1888, par Hofmeier ; en Autriche, en 1891, par Chrobach, et la même année, en Amérique par Noble ; en Belgique, en 1895, par Lauvers ; enfin en France par Terrier 1896, Quénu 1897, et nous-même, 1898.

Elle consiste à supprimer toute manœuvre vaginale en conservant une mince rondelle de col, et en pratiquant l'excision sous-péritonéale de ce moignon, après hémostase des utérines.

Je conclus :

I. — L'hystérectomie abdominale supravaginale, comparée à la totale, est égale à celle-ci dans ses suites éloignées ; mais elle lui est *supérieure* sur le terrain technique de la facilité et de la sécurité opératoire, supérieure dans les résultats qu'elle fournit entre les mains d'un même chirurgien, supérieure par les résultats qu'elle fournit entre les mains de tous les chirurgiens réunis qui l'ont pratiquée.

II. — Actuellement elle est, en dépit de la mode qui est à la totale, le *traitement de choix* des fibromes utérins justiciables de la voie abdominale.

III. — Elle a désormais sa *place acquise* dans la thérapeutique des fibromes. Il ne reste pas grand progrès à réaliser dans cette méthode

supravaginale, tandis qu'il reste encore beaucoup à perfectionner dans la méthode abdominale totale. La subtotale, ou sous-péritonéale basse, est notre meilleure ressource parce qu'elle est *efficace*, parce que c'est la *plus facile*, parce que c'est la *plus bénigne*.

11. — De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire.

En collaboration avec le Dr Quénu. Étude complète, historique technique, résultats. Nos conclusions sont les suivantes :

I. — La castration abdominale totale pour néoplasme des annexes est *légitime*. Nos observations (9 cas), rapprochées de celles des autres chirurgiens, démontrent qu'elle est sans gravité ; l'ablation de l'utérus associée à l'ovariectomie n'augmente pas la mortalité opératoire.

II. — La castration abdominale totale pour néoplasme annexiel offre de grands *avantages* techniques : possibilité d'enlever des kystes ovariques à adhérences pelviennes étendues ; facilité de pédiculisation, et principalement possibilité de restauration autoplastique très satisfaisante du plancher pelvien. Il en résulte une sécurité contre les accidents post-opératoires, notamment contre l'occlusion intestinale. A côté de ces avantages, l'hystérectomie pour néoplasme annexiel assure seule dans certains cas le radicalisme de l'intervention.

III. — La castration abdominale totale pour néoplasme annexiel est indiquée :

1° Dans les kystes et tumeurs ovariques compliqués de lésions inflammatoires utérines, périutérines et salpingiennes ;

2° Dans les kystes et tumeurs ovariques compliqués d'une dégénérescence néoplasique de l'utérus, que cette dégénérescence soit indépendante de la lésion ovarique pour laquelle on opère (fibrome utérin, épithélioma utérin, etc.), ou qu'elle résulte de son extension au parenchyme utérin (tumeurs de l'ovaire propagées à la surface de l'utérus, kystes végétants, sarcome, cancer de l'ovaire) ;

3° Dans les kystes et tumeurs ovariques bilatérales d'une pédiculisation ou d'une hémostase rendues difficiles par la largeur du pédicule, sa friabilité, son évolution dans le ligament large.

Elle est contre-indiquée :

1° Chaque fois que le kyste est unilatéral chez une femme jeune ;

2° Lorsqu'avec une lésion bilatérale des annexes l'utérus est sain et la confection des pédicules facile ;

3° Lorsqu'on peut obtenir une bonne pédiculisation par un procédé plus simple.

15. — **De l'hystérectomie abdominale ou vaginale appliquée au traitement des septicémies et suppurations post-puerpérales précoces.**

Mes conclusions, qui datent de 1898 et 1899, sont les suivantes :

I. — Il n'est plus possible de nier l'*utilité* de l'hystérectomie pour la septicémie puerpérale ; non seulement cette thérapeutique est *rationnelle*, mais elle a déjà fait ses preuves et sauvé maintes malades absolument perdues (statistique collective de 31 cas dont 1 cas commun avec le Dr Quénu), 38,70 p. 100 de mortalité. Au contraire, la question reste tout entière pendante pour ce qui concerne l'utilité et même la légitimité de l'hystérectomie pour suppuration post-puerpérale précoce.

II. — Cette hystérectomie n'intervient que comme *opération d'exception* et ultime ressource après l'insuffisance reconnue des traitements usuels, curettage, lavages utérins, etc.

III. — L'hystérectomie vaginale, à condition qu'elle soit faite sans morcellement, me paraît actuellement la *voie de choix* pour ces lésions essentiellement septiques, aucune observation, en particulier celle de la friabilité de l'utérus, n'étant acceptable pour tous les cas et suffisante pour la condamner. Elle conserve, en outre, ici sa grande valeur d'excellent drainage déclive du péritoine pelvien.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE